

10. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка / Под ред. А.Г.Рузской; Вступительная статья А.Г.Рузской. – 2-е изд. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО “МОДЭК”, 2001. – 384 с.
11. Пироженов Т.А. Коммуникативно-речевое развитие ребенка: Монография / Т.А.Пироженов. – К.: Нора-принт, 2002. – 310 с.
12. Смирнова Е.О. Генезис общения ребенка от рождения до семи лет в исследованиях сотрудников психологического института / Е.О.Смирнова // Вопросы психологии. – 2004. – №2. – С. 54-62.

This article is devoted to the problem of communication-speech development of children of preschool age. The main factors and criteria of communication-speech development.

Keywords: factors, criteria, preschooler, communication-speech development.

Отримано: 24.03.2010

УДК 159.923:616.12-008.331.1

А.В.Михальський

Психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою

У статті розглядається етіопатогенез гіпертонічної хвороби, вплив стресу на виникнення захворювання та психологічні особливості хворих. На початкових стадіях гіпертонічної хвороби виявляється підвищена збудливість, імпульсивність. З часом хворі стають важкими в спілкування, легко спалахують, ображаються. Часто у хворих гіпертонічною хворобою виявляється пригніченість, тривожність, знижений настрій.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, патогенез, стрес, особистісні риси, функціональна система.

В статье рассматривается этиопатогенез гипертонической болезни, влияние стресса на возникновение заболевания и психологические особенности больных. На начальных стадиях гипертонической болезни выявляется повышенная возбудимость, импульсивность. Со временем больные становятся тяжелыми в общении, легко загораются, обижаются. Часто у больных гипертонической болезнью оказывается подавленность, тревожность, сниженное настроение.

© А.В.Михальський

118

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, патогенез, стресс, личностные качества, функциональная система.

Хвороби серцево-судинної системи займають провідне місце у структурі загальної захворюваності та інвалідності населення. До найпоширеніших і найнебезпечніших із них відноситься ішемічна хвороба серця і гіпертонічна хвороба. Гіпертонічна хвороба – одне із найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи і спостерігається приблизно у 5% всього населення земної кулі. Характерною особливістю захворювання є підвищення артеріального тиску.

Ні в кого не викликає сумніву, що будь-яка хвороба впливає на людину в цілому. Так, фізичне самопочуття впливає на душевний стан людини, і навпаки. З допомогою клінічних спостережень і експериментальних досліджень доведений зв'язок соматичних розладів як з функціональними і органічними змінами, так і з психічними проявами.

Якщо орієнтуватись на особистісно-психологічний фактор в етіопатогенезі, то всі захворювання людини можна розділити на три групи: психогенні, психосоматичні і соматичні хвороби [13].

Психогенні хвороби – етіопатогенез цих захворювань носить переважно особистісно-психологічний характер, а із сторони внутрішніх органів спостерігаються лише функціональні зміни.

Психосоматичні хвороби – на початкових етапах роль особистісно-психологічних факторів в етіопатогенезі цих захворювань досить значний. А вже на більш пізніх етапах виникають органічні зміни зі сторони внутрішніх органів.

Соматичні захворювання – роль психологічних факторів в етіопатогенезі цієї групи захворювань відсутня або мінімальна.

Гіпертонічна хвороба – це поліетіологічне захворювання. Вона відноситься до типових психосоматичних захворювань. Серед причин, які сприяють розвитку захворювання виділяють як внутрішні, так і зовнішні фактори. Найбільш важливим внутрішнім фактором є спадково-конституціональні особливості, а до зовнішніх факторів можна віднести травми черепа, інтоксикації, професійні шкідливості (постійна напруга уваги, зору, шум), особливості харчування (надлишок кухонної солі у їжі), нервово-психічна травматизація. Пусковою ланкою патогенезу гіпертонічної хвороби є гіперактивність нервових центрів регуляції артеріального тиску, яка розвивається під впливом різних етіологічних факторів і, в першу чергу, – психоемоційних. Підвищена активність цих центрів призводить до підвищення активності симпатико-адреналової системи і збільшення вироблення ренальних пресорних речовин (включення

119

ренін-ангіотензинового механізму), що в кінцевому результаті призводить до вазопресорного ефекту.

Збільшення активності симпатико-адреналової системи є основним фактором підвищення артеріального тиску в періоді становлення гіпертонічної хвороби. Неврогенні стимули призводять до гіперпродукції пресорно-активних гуморальних речовин: реніну, ангіотензину II, альдостерону і ін. Виділення вказаних речовин призводить до підвищення артеріального тиску.

О.Л.Мясніков характеризує гіпертонічну хворобу як хворобу напруження, вважаючи, що невротичний стан при цьому носить гіперстенічний характер. На його думку, хворі гіпертонічною хворобою характеризуються не слабкими, а сильними процесами вищої нервової діяльності, і тому хвороба розвивається досить часто в енергійних людей, які виконують велику, складну роботу, що супроводжується значним напруженням нервової системи.

На роль психологічних чинників в патогенезі гіпертонічної хвороби вказували Г.Ф.Ланг, О.Л.Мясніков, Ф.Данбер та інші.

Патогенез розвитку психосоматичних захворювань надзвичайно складний і далекий від детального його розуміння. Він визначається:

- неспецифічною спадковою обтяженістю соматичними порушеннями і дефектами;
- спадковою схильністю до психосоматичних розладів;
- нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС);
- особистісними особливостями;
- психічним і фізичним станом під час дії психотравмуючих факторів;
- фоном несприятливих сімейних і інших соціальних факторів;
- особливостями психотравмуючих факторів [10].

Емоційна реакція, яка виражається у формі нудьги і постійної тривоги, нейровегетативно-ендокринних змінами і характерним відчуттям страху, є сполучною ланкою між психологічною і соматичною сферами. Повний розвиток відчуття страху запобігається захисними фізіологічними механізмами, але вони, як правило, лише зменшують, а не ліквідовують повністю ці фізіологічні явища і їх патогенну дію. Цей процес можна розглядати як гальмування, а саме, як стан, коли психомоторні і словесні вираження тривоги блокуються таким чином, що стимули, які поступають від ЦНС, відводяться до соматичних структур через вегетативну нервову систему і таким чином приводять до патологічних змін у різних системах органів.

При наявності емоційного переживання, яке не блокується психологічним захистом, а соматизуючись, ушкоджує відповідну

йому систему органів, функціональний етап ушкодження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній системі, відбувається генералізація психосоматичного захворювання. Отже, психологічний фактор виступає як пошкоджуючий [10].

Будь-яка емоція, у світлі біологічної теорії функціональних систем П.К.Анохіна, розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями.

Включення емоційних станів у зміст функціональної системи чітко корелює із біологічною роллю емоцій, філогенетично спрямованих, насамперед, на задоволення потреби в збереженні себе (цілісності свого “Я” із усіма його тілесними і психічними властивостями). Загальним біологічним знаменником, до якого призводить емоція всю інформацію, яка надходить у мозок, стає, за П.К.Анохіним, “самий давній і універсальний критерій усього живого на землі – прагнення вижити”. Саме емоції виступають як такі форми реакцій, що, змінюючи один одного, охоплюють увесь організм і дозволяють йому відповідати на будь-які впливи навколишнього середовища. Саме емоції (один із найбільше демонстративних прикладів соматовегетативної інтеграції – скрупально узгодженого перебігу центральних і периферичних процесів) детермінують усю життєдіяльність організму [1].

Функції емоцій зводяться в кінцевому результаті до модифікації енергетичних ресурсів організму, формуванню тенденції до підтримки або, навпаки, усуненню контакту з фактором, впливаючи по-різному на індивіда, і організації специфічних форм поведінки, що відповідають якісним особливостям впливаючого фактора. У людини емоції служать для оцінки не тільки біологічних і соціальних потреб, але і ступеня їх задоволення; навіть чисто біологічні переживання стають при цьому соціально забарвленими.

Таким чином, емоції набувають цілком виняткового значення стосовно усіх інших механізмів адаптації. Не випадково первинні відчуття примітивних тварин перетворюються і потім закріплюються в процесі еволюції в багатогранні емоційні стани. Цьому відповідає і поступове ускладнення нервової системи, функції якої в найбільш простих живих організмів виконують практично самі давні медіатори – адреналін, ацетилхолін, гістамін і інші.

У світлі біологічної теорії емоцій поєднання афективних і вісцеровегетативних розладів стає фактором, не тільки клінічно встановленим, але і фізіологічно непорушним. Аналіз фізіологічної архітекτονіки емоційних станів свідчить про однакову, за П.К.Анохіним, правомірність двох рядів фізіологічних явищ: ефекторного вираження тієї або іншої емоції та її суб’єктивного самовідчуття. Цей взаємозв’язок, що виробився в процесі еволюції, спрямований

на підготування організму до активної боротьби з фізичною небезпекою, хоча відповідні вегетосудинні зсуви в людини виникають і при будь-якому стресі соціального характеру. Виразність цих зсувів відбиває ступінь емоційної напруги [4].

Вісцеровегетативна симптоматика з'являється, за П.К.Анохіним, тільки разом з депресивним афектом; за однією лише вегетативною реакцією можна судити про беззаперечну його наявність. Фізіологічними еквівалентами негативних емоцій стають підвищення артеріального тиску або частішання дихання, зміна секреторної і моторної активності травного тракту, напруження скелетної мускулатури і прискорення згортання крові. У конфліктних ситуаціях при неможливості задовольнити свої головні потреби формується постійне емоційне збудження негативного біологічного значення; це створює загрозу тривалої післядії, сумачі негативного емоційного збудження і генералізації ефекту на мозкові структури і вісцеральні функції. Функціональні соматичні порушення не можна розглядати як щось лише випадково супутне тривозі і депресії – це усе ті ж емоційні стани, реалізовані корою головного мозку при сприянні підкіркових утворень; незмінною опосередковуючою ланкою між складнішими функціями кори головного мозку і різноманітними процесами, що протікають у внутрішніх органах людини, виявляється гіпоталамічний апарат.

Чим сильніший або триваліший вплив негативних емоцій, тим більш значні і стійкі вісцеровегетативні порушення, тим більше підстав для хроніфікації психосоматичних розладів і відповідно іпохондричного розвитку особистості. Гальмування вісцеровегетативних реакцій (насамперед, за допомогою психофармакотерапії і психотерапії) зменшує інтенсивність негативних емоцій, що змінює, у свою чергу, і всю поведінку людини.

Функціональні розлади внутрішніх органів являють собою, таким чином, клінічний відбиток загальної психовегетативної нестійкості індивіда (його конституціональної, соматогенної або ситуаційно обумовленої емоційної нестабільності з феноменом вегетосудинної дистонії) [12].

На важливу роль емоційного стресу у виникненні психосоматичних захворювань вказують роботи К.В.Судакова [14]. Стресом є все, що порушує нормальне співвідношення організму із середовищем. Стрес можуть викликати як негативні, так і позитивні чинники. На основі цього Ганс Сельє виділяв два види стресу: дістрес – негативний стрес, і еустрес позитивний стрес, який викликається переживанням приємних подій. В 1977 році Р.Лазарус запропонував поняття “психологічний стрес”. На даний час під психологічним стресом

розуміють процес, що виникає у випадку, якщо особистість оцінює виклики соціального середовища як такі, що вищі за наявні ресурси.

Стрес може впливати на роботу серцево-судинної системи [9, 15], підвищувати рівень виникнення онкологічних захворювань і навіть викликати порушення генетичного апарату [16]. Психологічний стрес супроводжується змінами діяльності багатьох органів і систем, та найбільше це стосується серцево-судинної системи.

Деякі експерти вважають, що 70% захворювань пов'язані саме із стресом. Найбільш шкідливими для людини є не сильні і короточасні стреси, а тривалі і не дуже сильні. Це зумовлено тим, що сильний і короточасний стрес активізує захисні сили організму, а не сильний, але тривалий стрес, їх виснажує.

Посередником між центральною нервовою системою і внутрішніми органами виступає вегетативна нервова система. Чутливість і ранимість вегетативної нервової системи виявляється не тільки при надзвичайних впливах, але й у ході адаптації й у відповідь на слабкі емоційні стимули. Значення має будь-яка суб'єктивно важлива для індивіда подія. Вона може виявитися вихідним пунктом хворобливих розладів. Психовегетативна симптоматика при тривалих емоційних розладах може привести до фіксації почуття страху або тривоги, поєднуючись при цьому з функціональними порушеннями внутрішніх органів і систем людини. Таким чином, підтверджується поєднання психічного із соматичним. Цей біологічний фактор може в кінцевому рахунку обумовити всю життєдіяльність людського організму [8].

Вісцеровегетативна симптоматика в структурі емоційних розладів виявляє собою фіксацію почуття страху або тривоги в тому чи іншому органі й означає можливість чисто психогенного походження соматичних порушень. Вегетативна нервова система виступає в цьому випадку в ролі “приводного ремня” психічного для соматички. Нейроендокринні механізми входять сюди як нерозривна частина фізіологічних механізмів [11].

Психовегетативні процеси формуються у функціональних системах організму, куди поряд з емоціями входять і внутрішні органи. Ця єдність спрямована на швидке вирішення пристосувальних задач організму. Цей же шлях використовується при стресі і формуванні хворобливого стану. Вибір органу або системи, що піддається руйнівному впливу стресу, для кожної людини індивідуальний і визначається функціональним чи морфологічним станом об'єкта. “Слабкою” ланкою може виявитися орган, що піддавався раніше інфекційній атаці або травматичному впливу. Таким чином, емоції набувають цілком виняткове значення в пристосувальних

процесах людського організму. Навіть необережно вимовлене слово може стати причиною хвороби або навіть смерті. У конфліктній ситуації, де слово може бути єдиним впливом, нерозв'язана ситуація формує постійне емоційне порушення негативного біологічного знаку, що веде до генералізації ефекту на мозкові структури і вісцеральні функції. При цьому незмінною опосередковуючою ланкою між найскладнішими функціями кори головного мозку і різноманітними процесами, що протікають у внутрішніх органах, є гіпоталамус, що створює гормональний фон реакції [25].

Включення емоцій в поняття функціональної системи розкриває за об'єктивною безпричинністю численних скарг "функціональних" хворих суб'єктивну обґрунтованість. Ці скарги, розглянуті при відсутності переконливого матеріального субстрату страждання як "чисто психічні" (уявлювані), одержують наукове фізіологічне обґрунтування у світі біологічної теорії емоцій. "Ці скарги є за своєю фізіологічною суттю не що інше як словесний звіт хворого про його емоційний стан і його суб'єктивне судження про локалізацію вихідного стимулу для цього емоційного стану", свідчення надзвичайної ролі афективних розладів у житті людини і необхідності всебічного врахування їх у повсякденній лікарській практиці [П.К.Анохін, 1964]. Суб'єктивні скарги хворих варто розцінювати в зв'язку з цим як об'єктивну симптоматику, що підлягає спеціальному аналізу [2].

Теорія функціональних систем підводить фізіологічне обґрунтування під надзвичайну різноманітність умовнопатогенних факторів, що пов'язуються, як правило, з початком "захворювання".

Психологічне реагування на хворобу, в першу чергу, зумовлено оцінкою пацієнтом важкості захворювання (суб'єктивна важкість хвороби). Суб'єктивне відношення до хвороби Р.О. Лурія назвав внутрішньою картиною хвороби.

Для пацієнта внутрішня картина хвороби складається із розуміння механізмів виникнення хворобливих відчуттів, оцінки їх значення для майбутнього, а також від реагування на хворобу у вигляді емоційних переживань і вибору способу дії і поведінки в нових умовах. Суб'єктивне відношення до хвороби формується на базі соціально-конституціональних (стать, вік, професія) і індивідуально-психологічних (властивості темпераменту, особливості характеру і особистості) факторів (В.Д.Менделевич).

Сприйняття пацієнтом свого соматичного захворювання в рівній мірі зв'язано як з об'єктивним ушкодженням, так і з відповідним потрясінням від того, що порушена соматична функція і це викликає зміни самовідчуття. Мобілізуючи свої сили проти вторгнення хвороби

в порядку захисту від фрустраційно-агресивних намірів, пацієнт стає злісним, дратівливим, вороже настроєним; у нього постійно виникають думка: "Чому це я, а не хто-небудь інший так важко хворий?" Пацієнт схильний подавляти ці фрустраційно-агресивні прагнення і розподіляти їх: з одного боку, ця дратівливість зв'язана із недомаганням від хвороби, а з іншого боку, такі прояви можуть змінити відношення до нього медичного персоналу і членів родини, від яких він залежний [3].

Будь-яка хвороба, навіть якщо вона не супроводжується руйнівними змінами мозкової діяльності, обов'язково змінює психіку хворого внаслідок появи нових, відсутніх до хвороби форм реагування на хворобу.

Реакція особистості на соматичну хворобу може мати патологічний характер або виявлятися психічно адекватними сприйняттями факту хвороби.

На поведінку і реакцію хворого під час хвороби, перш за все, впливає структура особистості до хвороби. Багато авторів вважають, що адекватність реакції залежить від ступеня зрілості особистості і її інтелектуальних можливостей. Так, в інфантильних, незрілих особистостей з рисами дитячості, часті витіснення і заперечення хвороби або "втеча у хворобу". В астеничних, тривожних людей важкі захворювання викликають бурхливу реакцію тривоги, хвилювання з наступними депресивно-іпохондричними розладами. Реакція на хворобу залежить також і від віку хворого.

При соматичних захворюваннях залежно від важкості, тривалості і характеру хвороби можуть спостерігатися різні психічні порушення, які виражаються різними симптомами. При соматичних захворюваннях зміна психічної діяльності виражається найчастіше невротичними симптомами [6].

Іноді соматичні захворювання призводять до виникнення психоорганічних розладів. Тривале соматичне захворювання, необхідність місяцями і роками знаходитися в стаціонарі, може викликати зміни особистості у вигляді патологічного розвитку, при якому виникають риси характеру, раніше не властиві цій людині. Зміни характеру у цих хворих можуть перешкоджати або утруднювати лікування, приводити їх до інвалідності, створювати конфлікти в лікувальних установах, викликати негативне відношення оточуючих.

Більшість хворих гіпертонічною хворобою правильно сприймають своє захворювання і адекватно відносяться до рекомендацій і призначень лікаря. Хворими з недовірливими рисами характеру виявлення високого артеріального тиску сприймається як трагедія, катастрофа, крах всіх надій і життєвих планів, особливо якщо вони

вже мають уявлення про гіпертонічну хворобу – їх родичі хворіли або вмирили від неї. У цих хворих спостерігаються виражені психогенні порушення: пригнічений настрій, тривожні побоювання за своє здоров'я, фіксація на своєму самопочутті. Вони постійно відвідують лікарів, самі стежать за показниками артеріального тиску, обмежують навантаження. Всі їх думки зосереджені на хворобі, знижується працездатність і обмежується коло інтересів і спілкування. Весь режим будується так, щоб не викликати підвищення артеріального тиску. Для збереження здоров'я такі хворі відмовляються від захоплень, театрів і концертів, не ходять в гості, щоб не порушити режим, акуратно, до педантизму, дотримуються призначення лікаря. Сон у них поверхневий, часто можна спостерігати розлад засипання за типом неврозу очікування, особливо якщо сну відводиться вирішальна роль у нормалізації артеріального тиску [5, 7].

У частини хворих, гіпертонічна хвороба не викликає хворобливої реакції, скоріше вони заперечують факт хвороби, відмовляються від лікування або проводять його нерегулярно, продовжують вести звичний спосіб життя, ігноруючи захворювання. Таке відношення частіше спостерігається в осіб з невисоким інтелектом, або тих, хто зловживає алкоголем.

Хворі, які тривалий час страждають від гіпертенізії, можуть звикнути до неї, при цьому не звертають уваги на серйозність захворювання, на необхідність тривалого лікування.

Хворі гіпертонічною хворобою, як правило, скаржаться на головокружіння, головні болі, порушення сну, дратівливість, тривожність. А при гіпертонічних кризах всі прояви хвороби посилюються.

Гіпертонічна хвороба може змінювати і характер людини. Як правило, загострюються риси особистості, які раніше були непомітні. Так недовірливі люди стають підозрілими.

На початкових стадіях хвороби виявляється підвищена збудливість, імпульсивність, порушується динаміка діяльності, хоча структурних порушень пізнавальних процесів не спостерігається. Хворі стають важкими у спілкування, вони легко спалахують, ображаються, плачуть. Часто у хворих гіпертонічною хворобою виявляється пригніченість, тривожність, знижений настрій, увага нестійка.

Часто хворі гіпертонією стають образливими, плаксивими, недовірливими. Вони самі помічають у себе забудькуватість, розсіяність, підвищену втомлюваність при розумовій діяльності.

До особистісних рис хворих гіпертонічною хворобою можна також віднести скритність, упертість, незадоволеність собою і

оточенням, невпевненість, чутливість до критики, і тенденція виявляти реакцію у формі депресії на психологічний стресор.

Результати психологічного обстеження хворих гіпертонічною хворобою вказують на те, що виконання поодиноких операцій не порушено, але страждає динаміка тривалої діяльності, а саме стійкість уваги, витривалість.

Дані психологічного обстеження дають можливість оптимізувати індивідуальні програми соціально-психологічної реабілітації хворих гіпертонічною хворобою.

Для профілактики негативних змін в емоційно-особистісній сфері хворих необхідно проводити корекційну роботу, спрямовану на формування адекватного відношення до хвороби. При виявленні ознак виснаженості психічних процесів необхідно впорядкувати робочий день: надавати таким хворим додаткові перерви під час роботи, працювати неповний робочий день, чергувати періоди праці і відпочинку, уникати перевантаження.

Враховуючи високу тривожність хворих гіпертонічною хворобою і фіксацію на соматичних відчуттях, рекомендуються заняття груповою психотерапією і аутогенним тренуванням.

Список використаних джерел

1. Акинщикова Г.И. Соматическое и психофизиологическая организация человека / Г.И. Акинщикова. – Л., 1977. – 235 с.
2. Брейтигам В., Кристиан П. Психосоматическая медицина / В.Брейтигам, П.Кристиан. – М., 1986. – 283 с.
3. Быстров В.Н. Психосоматическая организация в общей врачебной практике / В.Н. Быстров // Клиническая медицина. – 2001. – №8. – С. 60-64.
4. Гантен Д., Николаев Н.А., Судаков К.В. Эмоциональный стресс и болезни / Д.Гантен, Н.А.Николаев, К.В.Судаков // Журнал "Наука и человечество". – М., 1986. – С. 23-35.
5. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М.Губачев, Е.М.Стабровский. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
6. Еникеева Д.Д. Пограничные состояния у детей и подростков: основы психиатрических знаний / Д.Д.Еникеева. – М.: Издательский центр "Академия", 1998. – 304 с.
7. Задионченко В.С., Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертонией с метаболическими факторами риска / В.С.Задионченко, С.Б.Хру-

- ленко, О.И.Петухов // Кардиология, 2002. – № 8. – С. 15-19.
8. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Л.А.Китаев-Смык. – М.: изд-во “Наука”, 1983. – 368 с.
 9. Копина Л.С. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний / Л.С.Копина, Е.А.Суслова, Е.В.Заикин // Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 53-56.
 10. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник / И.Г.Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2003. – 928 с.
 11. Николаева Н.Н. Влияние хронической болезни на психику / Н.Н.Николаева. – М.: МГУ, 1987. – 166 с.
 12. Основы психофизиологии: Учебник /Отв. ред. Ю.И.Александров. – М.: ИНФРА, 1988. – 432 с.
 13. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Учебник для вузов / П.И.Сидоров, А.В.Парняков. – М.: Екатеринбург, 2000. – Т.2. – 381 с.
 14. Судаков К.В. Индивидуальная устойчивость к стрессу / К.В.Судаков. – М., 1998. – 268 с.
 15. Щербатых Ю.В. Психология стресса / Ю.В. Щербатых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 304 с.
 16. Cohen L., Marshall G.D., Cheng L., Agarwal S.K., Wei Q. DNA repair capacity in medical students during exam stress// J. Behav. Med. 2000. V.23. N6. P.531-544.

Etiopatogenez of hypertensive illness is examined in the article, influence of stress on the origin of disease and psychological features of patients. The promoted excitability, impulsive, appears on the initial stages of hypertensive illness. In course of time patients become heavy in intercourse, catch fire easily, offended. Often for patients depression, anxiety, appears hypertensive illness, a mood is reduced.

Keywords: hypertensive illness, pathogeny, stress, lines of personalities, functional system.

Отримано: 18.03.2010

Активізація становлення емоційно-оцінкової сфери молодших школярів з різним рівнем навчальних досягнень

У статті розглядається проблема розвитку емоційно-оцінкової сфери у дітей молодшого шкільного віку.

Ключові слова: емоційно-оцінкова сфера, самооцінка, образ Я.

В статті розглядається проблема розвитку емоційно-оцінкової сфери у дітей молодшого шкільного віку.

Ключевые слова: эмоционально-оценочная сфера, самооценка, образ Я.

Теоретико-концептуальні засади реформаційних процесів ставлять у ранг пріоритетних проблему продуктивного особистісного розвитку у шкільному просторі. На тлі якісно нових змін у вітчизняному освітньому просторі зростає увага дослідників до винайдення таких механізмів, які б не лише декларативно проголошували важливість активності особистості, а й продуктивно ініціювали цю активність через реальну суб'єктність школяра. При цьому самооцінці належить домінуюча роль у перетворенні школяра із об'єкта навчальної діяльності в її суб'єкт, забезпеченні комфортного емоційного статусу учня у процесі учіння. Звідси пошук інноваційних шляхів забезпечення ефективного розвитку емоційно-самооцінкової сфери школяра належить до гостро актуальних проблем сучасної школи. Особливо значущим у цьому сенсі є молодший шкільний вік, оскільки саме на першому етапі включення дитини у шкільний соціум – у початковій школі – відбувається зародження конструктивного чи деструктивного становлення емоційного статусу школяра як суб'єкта учіння взагалі й самооцінки як його механізму зокрема.

Самооцінка розглядається нами як інтегративне особистісне утворення, підґрунтям становлення якого є взаємодія двох взаємопов'язаних аспектів. Це, з одного боку, розвиток у молодшого школяра здатності до виділення з контексту суб'єктного досвіду оцінкових спектрів, а з другого, – здійснення їх оцінкового аналізу. Завдяки цим стратегіальним лініям відбувається становлення самооцінки як цілісного і водночас диференційованого особистісного утворення. Істотними ознаками продуктивного розвитку цього утворення є широта спектральних оцінкових ліній навчальної самосвідомості, їх диференційованість і, водночас, взаємопов'язаність